# **Liste over kursdeltagere med transportbehov**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kurssenter** |  |

|  |
| --- |
| **Kursdeltagere med transportbehov** |

|  |
| --- |
| **Veiledning til utfylling av de ulike feltene i listen under**  **Navn:** *Skriv navnet på kursdeltager*  **Fødselsdato:** *Skriv fødselsdato til kursdeltager*  **Reise fra:** *Oppgi hvor kursdeltager skal reise fra*  **Reise til:** *Oppgi hvor kursdeltager skal reise til*  **Dato for reise:** *Oppgi reisedatoen*  **Helsemessig årsak til behov:** *sett kryss i denne kolonnen dersom behovet for drosje har bakgrunn i en helsemessig årsak. Dere bekrefter samtidig at dere har mottatt en legeerklæring på at kursdeltageren har behov for transport av helsemessig årsak. Det er ikke nødvendig å sende legeerklæringen til Helfo, men dere må oppbevare legeerklæringen for en eventuell senere kontroll.*  **Mangel på rute rutegående transport:** *sett kryss i denne kolonnen dersom behovet for drosje skyldes mangel på rutegående transport, og at kursdeltageren ikke har egen bil.*  **Behov for ledsager:** *sett kryss i denne kolonnen dersom kursdeltager har behov for ledsager. Dere trenge ikke å oppgi navnet på ledsageren. Dere bekrefter samtidig at dere har mottatt en legeerklæring på at kursdeltageren har behov for ledsager. Det er ikke nødvendig å sende legeerklæringen til Helfo men dere må oppbevare legeerklæringen for en eventuell senere kontroll.*  **Spesielle behov:** *dersom kursdeltager har spesielle behov med tanke på transporten så kan dere skrive hva behovet er i denne kolonnen.*  [*Skjemaet laster der opp og sender til Helfo, via Altinn.*](https://www.helfo.no/oppgjer-for-helseaktor/slik-sender-helseaktor-inn-refusjonskrav/slik-sender-kurssenter-refusjonskrav) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Navn** | **Fødselsdato** | **Reise fra** | **Reise til** | **Dato for reise** | **Helsemessig årsak til behov (sett kryss)** | **Mangel på rutegående transport**  **(sett kryss)** | **Behov for ledsager**  **(sett kryss)** | **Spesielle behov (sitte fremme, rullestol osv.)?**  **Spesifiser** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Dato og signatur:**

(Du trenger ikke å signere dersom du skal sende skjemaet via Altinn.)